THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 20 *août* 1866,

PAR JULES MICHELLET,

né à Gien (Loiret),

Ancien élève en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze des hôpitaux,
Mention honorable pour l'épidémie de choléra de 1865.

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES SUR LA MIGRAINE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE,
31 rue Monsieur-le-Prince, 31.

1866

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Pathologie médicale	BÉHIER. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	GOSSELIN. RICHET
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. PIORRY. GRISOLLE. N. GUILLOT.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen hon., M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Prof. hon.*, MM. CLOQUET et ROSTAN.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. GUYON.	MM. LEFORT.	MM. POTAIN.
CHARCOT.	HOUEL.	LORAIN.	RACLE.
DESPLATS.	JACCOUD.	LUTZ.	RAYNAUD.
DESPRÈS.	JOULIN.	NAQUET.	SÉE.
DE SEYNES.	LABBÉ (LÉON).	PANAS.	TARNIER.
DOLBEAU.	LABOULBÈNE.	PARROT.	VULPIAN.
FOURNIER.	LIÉGEOIS.		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. HARDY.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	LASÈGUE.
— de l'ophthalmologie	FOUCHER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examinateurs de la thèse.

MM. TARDIEU, *président;* BAILLON, CHARCOT, POTAIN.

M. FORGET, *Secrétaire.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES.

A MON MAITRE

M. CAZALIS

Médecin de la Maison municipale de Santé.

Dont la bonté pour moi a été toute paternelle et qui m'a guidé de ses bons conseils.

A mes autres maîtres dans les hôpitaux.

M. DEMARQUAY

Chirurgien de la Maison de Santé et du Conseil d'État,
Officier de la Légion d'honneur, etc.

(Maison de santé, 1859).

M. MONOD

Chirurgien honoraire des hôpitaux,
Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur.

M. VIGLA

Médecin de l'Hôtel-Dieu.
Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris.
Officicer de la Légion d'Honneur.

(Maison de santé, 1859).

M. BOURDON

Médecin de la Maison municipale de Santé,
Président de la Société médicale des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.
(Maison de santé, 1860).

M. HÉRARD

Médecin de l'hôpital Lariboisière.
Agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.
(Lariboisière, 1861 et 1863).

M. OULMONT

Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Médecin en chef du chemin de fer de l'Est,
Chevalier de la Légion d'Honneur.
(Lariboisière, 1862).

M. CUSCO

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
Chevalier de la Légion d'Honneur.
(Lariboisière, 1864).

Je prie MM. Claude BERNARD, VOILLEMIER, MILLARD et GAVARRET, de vouloir bien agréer mes sentiments de gratitude pour la bienveillance qu'ils m'ont témoignée.

CONSIDÉRATIONS

PATHOLOGIQUES

SUR LA MIGRAINE

Aretée est le premier qui ait donné une description précise de la migraine, bien qu'il n'en fît point encore une espèce particulière de maladie et qu'il ne l'envisageât que comme une variété du mal de tête ordinaire. Cælius Aurelianus l'envisage aussi comme une variété de la céphalée ; il l'appelle migraine quand elle occupe la moitié de la tête, et crotaphe quand elle n'occupe que les tempes ; le premier il signale des nausées et des vomissements bilieux ; mais Alexandre de Tralles est le premier qui l'ait décrite comme espèce distincte. La plupart des auteurs la définissent : une affection caractérisée par des douleurs vives siégeant dans un des côtés de la tête, et principalement le front, la tempe et l'œil ; ils ne font pas entrer dans leur définition ce caractère, que les accès sont limités à quelques heures, qu'ils reviennent périodiquement, qu'ils ont une évolution complète, et laissent après eux un intervalle de santé, définie qu'elle est, en un mot : une maladie à accès périodiques.

Tissot, dans le chapitre 16, *des Nerfs et de leurs maladies*, dit que ce seul caractère de n'attaquer jamais qu'un seul côté de la tête suffirait pour la distinguer du mal de tête ordinaire : c'est une erreur ; les névralgies du trifacial attaquent le plus souvent un seul côté de la tête, et il arrive souvent que ces névralgies sont limitées aux branches frontales ou sous-orbitaires dans leur totalité ou dans

un ou plusieurs de leurs rameaux. Il est vrai qu'il y a des signes pathognomoniques pour distinguer les deux affections ; nous les donnerons plus loin.

Dailleurs cette douleur, ordinairement unilatérale, est souvent médiane, frontale, occipitale, parfois faciale et dentaire, très-souvent oculaire. Nous voyons donc qu'elle siége surtout dans les ramifications du trifacial. Du reste, Monro avait très-bien vu que les rameaux de ce nerf étaient le siége de la migraine. Parfois cependant cette douleur siége dans d'autres nerfs : ainsi M. Cazalis a vu et traité un malade affecté périodiquement de migraines frontales et chez lequel des accès caractérisés existaient avec la douleur, uniquement fixée au niveau d'une des deux omoplates. Dans tous les cas, quel que soit leur siége, ces accès de douleur sont limités à quelques heures ; assez rarement ils durent plusieurs jours ; très-rarement, ils deviennent persistants ; les symptômes qui les constituent, faibles d'abord, augmentant graduellement d'intensité, atteignent un maximum qu'ils conservent plus ou moins longtemps, puis diminuent pour cesser tout à fait et laisser d'emblée un état de santé parfaite.

Pour beaucoup d'auteurs, le symptôme douleur est la maladie elle-même ; aussi l'ont-ils décrite comme une affection rhumatismale. Pour eux, les troubles gastriques observés pendant la migraine ne sont que des accidents venant compliquer ces accès de douleur. Nous nous considérons la douleur comme un élément se détachant sur un état général de nervosisme gastrique bilieux, c'est un aura qui précède et accompagne cet état général. La migraine est donc un état général ayant ses caractères propres et accompagnée par un état névralgique localisé sur les nerfs sensitifs de la tête, et par exception sur ceux d'autres parties du corps ; c'est une affection constitutionnelle, dont les dérangements sont presque aussi dangereux que ceux de la goutte. Tissot cite l'exemple d'un homme qui, sujet aux migraines depuis longtemps, les fit pas-

ser, et fut immédiatement pris de diarrhée; son estomac ne se rétablit jamais.

C'est une affection qui constitue seule ou par des transformations morbides toute la vie pathologique d'un sujet et sera toujours le point de départ de toutes ses maladies; c'est une névrose localisée probablement et spécialement dans les filets vaso-moteurs, névrose qui procède par accès périodiques plus ou moins réguliers.

Quels sont les syptômes de la migraine? Parfois elle débute brusquement; plus souvent le malade, quelques heures avant l'accès, quelquefois la veille, ressent un malaise général, de la tristesse, de la morosité; il a des pandiculations, des bâillements, des envies de vomir, de la répugnance pour la nourriture, tout l'irrite, il y a quelquefois des illusions visuelles; puis la douleur commence au point fixe, faible dabord, mais toujours fixe, elle inquiète, irrite le patient, qui d'abord n'en continue pas moins à vaquer à ses affaires, espérant toujours que le mouvement, l'occupation, l'oubli, arriveront à entraver l'accès qu'il prévoit; souvent même, dans cet espoir, il tente de prendre des aliments; ce moyen lui réussit souvent, surtout si l'accès doit être faible, mais souvent il est obligé d'y renoncer; tout cela exaspère la douleur et le malaise, qui finissent par l'emporter.

Peu à peu la douleur augmente et atteint son maximum; il semble alors que la tête est pressée dans un étau, qu'elle va s'ouvrir, que la masse de l'encéphale flottant dans sa boîte osseuse vient heurter les parois internes du crâne.

Les artères battent avec violence et semblent vouloir s'ouvrir pour laisser échapper le sang qui circule dans leur cavité. Alors le moindre bruit exaspère les douleurs, tout mouvement devient impossible à moins de douleurs atroces, la sensibilité de la peau est telle que tout contact est insupportable. La lumière ne peut être supportée; l'œil du côté malade est douloureux, à demi fermé, injecté et larmoyant; quelquefois les paupières et les muscles du visage sont agités de mouvements spasmodiques. L'exercice de la pensée

est presque nul, et souvent aussi une idée fixe poursuit et obsède. En même temps, un état nauséeux, comparable au mal de mer, indescriptible, vient s'ajouter encore au malaise. C'est alors que le mal atteint son degré le plus élevé ; alors les vomissements se produisent, d'abord composés d'aliments, si le malade a mangé au début, puis de mucosités filantes, incolores ou porracées. Chaque vomissement est suivi d'un calme momentané, mais bientôt une nouvelle crise de douleurs, de malaises et de vomissements se reproduit. Enfin, après de violents efforts et un vomissement ultérieur qui semble vider complétement l'estomac, le malade tombe épuisé dans un complet sommeil, et à son réveil il n'éprouve plus qu'un malaise, une courbature, qui disparaît au bout de quelques heures.

Quelquefois la fin de l'accès est annoncée par un larmoiement abondant, un flux nasal ou une épistaxis.

Mais la migraine ne suit pas toujours la marche que nous venons de décrire et qui constitue l'accès complet ; quelquefois elle n'est précédée d'aucun symptôme ou de symptômes insignifiants, tels qu'éblouissement, formation d'images lumineuses irrégulières venant se former sur la rétine.

D'autres fois l'accès n'arrive pas jusqu'aux vomissements ; le malade éprouve du malaise, de la céphalalgie, mais il mange et continue à s'occuper de ses affaires. On a alors un accès incomplet. Souvent les accès se succèdent alternativement ; ainsi un accès fort succède à un accès faible, et ils ont chacun leur côté qui est toujours le même pour chacun d'eux.

Quelquefois un accès complet avec vomissements est suivi d'un ou plusieurs accès incomplets.

La durée de l'accès complet est ordinairement de six à douze heures, parfois de vingt-quatre, parfois enfin de plusieurs jours, qui peuvent alors être compliqués de paralysies locales du sentiment et du mouvement. Quelquefois c'est une cécité complète, une surdité ou une abolition complète de la sensibilité des voies digestives. Enfin, outre l'agitation des muscles de la face et la contrac-

tion des mâchoires, il peut survenir de véritables convulsions causées par l'excès de la douleur. Parfois on observe des signes de congestion tellement marqués que des ecchymoses se forment sur la conjonctive. Ces accidents, malgré leur intensité, ne tardent cependant pas à disparaître, tantôt après une sueur abondante, tantôt après des vomissements copieux ; mais alors il reste une grande fatigue, un brisement général, de la pesanteur de tête et de l'inappétence qui prolongent la maladie de quelques jours encore.

La terminaison par les vomissements n'est pas plus constante que les autres symptômes. Il y a quelques malades chez lesquels la migraine se termine par le sommeil, d'autres chez lesquels le sommeil n'est qu'un symptôme convulsif, et chez lesquels la migraine ne cesse que lorsqu'ils sont parfaitement éveillés. Enfin nous avons vu des sueurs copieuses ou une hémorrhagie juger un accès de migraine.

Dans l'accès complet de migraine, les évacuations qui le terminent ne sont pas sans doute des évacuations hémorrhagiques ; elles sont cependant quelquefois analogues, ce sont des évacuations de fluides sécrétées jugeant un état congestif ; elles semblent nécessaires au sujet comme les hémorrhagies périodiques, et leur suppression ou leur cessation a l'importance de la suppression des hémorrhagies habituelles.

Du reste, comme dans beaucoup d'affections périodiques, les accès semblent être nécessaires à la santé générale du sujet. S'ils cessent, l'on voit apparaître des signes de congestion qui disparaissent aussitôt après leur retour.

Et une fois passée la fatigue habituelle occasionnée par l'acte morbide, le malade se trouve dans un état de santé réel et complet ; c'est aussi ce qui arrive après les accès d'hémorrhagies habituelles.

La migraine peut être symptomatique soit d'une affection rhumatismale, soit d'une affection syphilitique ; mais, dans ces cas, c'est plutôt de la névralgie que de la migraine ; elle peut encore se déclarer chez les femmes à l'époque de leurs règles, ou chez tout in-

dividu ayant une hémorrhagie habituelle, même non régulière. Ici l'acte entier est bien véritablement migraine, puisque l'on en retrouve tous les symptômes; mais ce sont des actes liés à un état passager et non à la constitution morbide du sujet, quelquefois à des actes physiologiques et cessant avec eux. Nous ne nous en occuperons pas, et nous examinerons quelles peuvent être les causes de la migraine considérée comme affection. En première ligne vient l'hérédité; encore aurons-nous à distinguer si le sujet hérite directement des accès de migraine, ou s'il hérite simplement du fond diathésique, et si les accès de migraine sont survenus par suite de quelque transformation morbide.

Dans le premier cas, à l'âge de puberté, quelquefois avant, de 5 à 6 ans, les accès commenceront et suivront la marche ordinaire, à moins que, sous l'influence d'un traitement ou d'une autre cause, ils ne viennent à se transformer.

Dans le second cas, il pourra avoir un asthme sec ou humide, ou un coryza constitutionnel, ou un lichen spécial localisé et sec, ou des coliques hépatiques ou néphrétiques. Ou bien ses parents auront ces affections, et lui, au contraire, aura des accès de migraine qui s'établiront comme dans le premier cas. Il peut même se faire que le père et la mère soient bien portants, mais que quelqu'un dans la famille ait soit des migraines, soit quelqu'une des affections du même groupe.

La migraine pourra encore être occasionnée par la suppression de fluxions hémorroïdaires anales ou de fluxions dentaires; d'épistaxis, d'esquinancies périodiques annuelles, d'érysipèles eczémateux annuels, ou par la répétition d'une circonstance toujours la même: c'est ainsi qu'elle se reproduira chez certains malades chaque fois qu'ils iront faire des visites ou dîner en ville.

A quel âge débutent les accès? Le plus souvent vers l'âge de 7 ou 8 ans, quelquefois de 3 à 4. Beaucoup de personnes sujettes à cette affection ne se rappellent pas la date du début des accès; le plus

souvent c'est vers l'âge de puberté que la migraine se déclare; les femmes semblent y être plus sujettes que les hommes.

Tissot dit qu'il est fort rare d'être atteint de la migraine si l'on n'en a pas eu d'accès avant 20 ans. Quel que soit l'âge du début, les accès sont d'abord faibles et de courte durée, puis ils vont en augmentant progressivement. De 30 à 40 ans ils atteignent leur maximum d'intensité et de fréquence, maximum qu'ils conservent plus ou moins longtemps, puis ils vont en diminuant peu à peu, pour cesser complétement ou à peu près complétement de 50 à 60 ans. Alors les accès s'éloignent de plus en plus, sont très-faibles et finissent par disparaître. Quelquefois cependant ils cessent avant cet âge; mais alors ils subissent le plus souvent une transformation morbide, ils sont remplacés par quelque autre affection périodique nerveuse ou par quelque affection générale, assez fixe, appartenant au groupe qui constitue leur étiologie. D'autres fois ils durent beaucoup plus longtemps et restent intacts jusque dans un âge très-avancé et presque jusqu'à l'extrême vieillesse; c'est ainsi que M. Cazalis a observé à la Salpêtrière des accès de migraine ayant conservé leur intégrité chez des vieilles femmes de 75, 80, 90 et même 95 ans. Dans ces cas, la diathèse étiologique n'a pas été transformée; son caractère de névrose a été conservé; d'où absence de lésions organiques vasculaires ou autres, et conservation de la vie.

Les accès de migraine viennent-ils à disparaître subitement avant l'âge ordinaire, le malade pourra avoir quelqu'une des affections constituant le fond diathésique de la maladie dont nous avons parlé plus haut; alors, par un traitement approprié, l'on pourra toujours les faire reparaître. Mais il pourra cependant se faire que la transformation soit définitive et grave, et que le malade ait soit un catarrhe pulmonaire pituiteux, soit, mais rarement, une phthisie, soit de la folie ce qui est assez rare, soit une goutte atonique, soit un rhumatisme goutteux, soit encore une lésion organique grave.

En somme, on doit respecter les accès de migraine si dans la famille il y a des lésions organiques, ou, dans le cas de transformation,

l'on doit chercher à diriger cette transformation dans un sens déterminé.

Le retour des accès de migraine varie, comme dans toute névrose, suivant le sujet; ils peuvent être annuels, semestriels, trimestriels, mensuels, hebdomadaires; plus rarement ils reviennent à des époques indéterminées. Tissot dit que les vraies migraines qui reviennent plus de trois fois par mois et moins de quatre fois par an sont excessivement rares.

Mais y a-t-il des migraines sans cause? Oui, chez des sujets qui ont été migraineux, qui sont nés de parents migraineux ou qui dans leur famille ont eu des personnes atteintes de migraine. On a alors des accès périodiques de dyspepsie nauséeuse passagère précédant des hémorrhagies, exactement comme les migraines, et se transformant comme elles.

La forme de la douleur qui caractérise la migraine, la marche, les accidents nerveux et les vomissements distinguent la migraine des céphalalgies symptomatiques. L'absence de fièvre et la courte durée de la maladie séparent la migraine du mal de tête que l'on observe au début des affections fébriles ou dans le cours de maladies qui doivent se prolonger. La céphalée de la chlorose, et celle qui tient à une lésion organique de l'encéphale se distinguent de la migraine par leur persistance et leur forme spéciale. Quant aux caractères distinctifs à assigner à la névralgie de la face fixée dans les nerfs ophthalmiques et sus-orbitaires, ils sont moins constants; cependant la névralgie ne s'accompagne pas de vomissements, et présente ces accès paroxystiques, ces rémissions et ces points douloureux limités qui ne s'observent point dans la migraine.

La migraine est une affection grave en raison des connexions pathologiques et de sa nature arthritique anomale; elle est grave en raison de ses transformations; et elle l'est encore par la perturbation qu'elle apporte dans les rapports sociaux.

Cependant, si les accès, en s'éloignant toutefois, persistent dans leur intégrité jusque dans la vieillesse, l'on pourra présager une vie

de longue durée sans lésion organique vasculaire ou autre. Mais si les migraines deviennent très-nombreuses, si même elles deviennent continues, elles sont alors un symptôme excessivement grave, car elles peuvent occasionner un temblement musculaire, une apoplexie, une ataxie locomotrice, la phthisie pulmonaire, et être le point de départ d'une cachexie habituelle, terminant une existence devenue complétement morbide.

Le traitement peut être abortif; mais alors il faut attaquer l'accès dès le début, soit en stimulant la digestion par une liqueur stomachique, ou en excitant l'estomac à jeun par l'ingestion d'une petite quantité de vin, d'alcool ou de café très-fort; enfin en déterminant une irritation révulsive dans un point éloigné. Si malgré toutes ces tentatives l'accès suit la marche habituelle, l'on devra tâcher d'en atténuer la force; encore vaut-il mieux bien souvent ne rien faire; car dans la série des accès, les uns seront faibles, les autres forts, et l'on sera toujours prévenu du genre d'accès par le côté qu'il occupera, puisque nous avons vu que la douleur occupait tantôt un côté, tantôt l'autre, et que le côté était toujours le même pour chacun des accès. Si l'on a affaire à un accès faible, on pourra agir contre lui et arriver à le couper; mais si c'est un accident fort l'on n'y réussira pas.

Est-on parvenu par une action thérapeutique à enrayer un ou plusieurs accès, celui qui arrivera ensuite sera fort et irrésistible; et alors mieux vaudra ne rien faire d'actif, car toute action thérapeutique ajoutera son effet perturbateur à la perturbation générale et ne fera ainsi qu'augmenter le malaise.

Dans tous les cas, l'on ne pourra arriver à enrayer un accès qu'autant que le sujet aura la force physique et morale de résister à l'atonie générale des accès; et alors la volonté, la distraction volontaire pourront réussir à l'arrêter. Si au début le malade a faim, il devra manger.

Le café, le thé acidulé, et surtout les affusions d'eau froide, pourront réussir.

Il faudra autant que possible provoquer une épistaxis ou une émission sanguine dentaire. Y a-t-il de la constipation; l'on provoquera une selle; et l'on y arrivera si l'accès doit être faible; mais, si l'on doit avoir un accès fort, l'on ne réussira pas. S'il y a une selle au début, l'on peut généralement diagnostiquer un accès faible.

On peut encore conseiller l'eau glacée par gorgées, des petits morceaux de glace que l'on laissera fondre dans la bouche, enfin l'on fera causer le malade pour le distraire. Tous ces moyens n'ont aucune action thérapeutique; mais ils agissent par la confiance qu'a le malade qu'il en éprouvera du soulagement.

Si l'accès est fort, l'on doit céder, surtout si l'on ne se reconnaît pas assez de force morale pour résister au malaise; car ce serait le moyen sûr d'avoir peu à peu des accès tous formidables. Il faut alors se livrer au repos dans un endroit obscur, éloigné du bruit, et éviter toute espèce de sensation.

Il ne faut donner ni opium, ni éther, ni aucune espèce de médicaments, leur effet ne fait que s'ajouter au malaise déjà éprouvé. Seule, l'eau glacée réussira quelquefois; mais ce qui sera encore préférable, ce sont les boissons théiformes, parce qu'elles avanceront la période de vomissements.

Après les vomissements, l'on fera prendre un bain de pieds très-chaud; l'on tâchera de provoquer une sueur abondante, et le sommeil venant ensuite, laissera au réveil le malade parfaitement portant; il devra alors manger.

Doit-on prévenir les accès? Nous avons vu plus haut que si l'on parvenait à arrêter un ou plusieurs accès, il en arriverait un contre lequel toute tentative serait inutile; et que vouloir résister aux accès sans y parvenir était le moyen sûr d'en avoir de formidables. Il vaut mieux, s'il y a périodicité fixe et lunaire dérouter les accès, et changer sans que le malade en ait conscience, les conditions qui lui ont fait avoir un accès dans un lieu où il se reproduit chaque fois qu'il y va, ou bien le faire placer dans ces conditions, en lui donnant la certitude qu'il n'aura pas d'accès. Il faudra aussi employer les anti-

périodiques, tels que le sulfate de quinine, le valérianate de quinine, la caféine, et surtout faire des affusions froides.

Il vaut mieux transiger que de chercher à guérir complétement les accès de migraine.

Il faut apporter quelque soulagement au malade en arrêtant quelques accès, et pour cela employer quelques-uns des moyens qui auront réussi et dont nous avons parlé. Comme traitement préventif l'on purgera tous les mois afin d'empêcher toute espèce d'embarras des voies digestives; l'on fera vomir à chaque modification de saison, l'on tiendra surtout le ventre libre; mais il faut, avant tout, conserver le fond de la maladie, et avoir soin si l'on y est obligé, par suite de quelque circonstance importante, d'arrêter un accès, d'employer quelqu'un des agents que l'expérience a démontré réussir individuellement, et s'en tenir là.

Voyons maintenant quelle sera la conduite à tenir dans le cas où les accès deviendraient tellement fréquents, que la cachexie en serait la conséquence. Dans ce cas, il faudrait agir par tous les moyens possibles et qui réussissent habituellement.

M. Cazalis a toujours eu à se louer de l'emploi des pilules suivantes:

Sulfate de quinine, }
Poudre de digitale, } āā parties égales.

Faire des pilules de 10 centigrammes que l'on prend chaque soir pendant plusieurs mois jusqu'à ce que les accès ne se reproduisent plus et soient remplacés par un malaise général arrivant à jour fixe, et s'arrêter là. En même temps que les pilules, faire de l'hydrothérapie hygiénique qui dirige les fluxions sur les articulations. Dans le cas où tous ces moyens viendraient à échouer il faut changer toutes les circonstances de la vie du malade; s'il habite la ville, l'envoyer à la campagne; si au contraire il habite la campagne, l'envoyer à la ville; s'il fait usage d'une alimentation surtout animale, lui re-

commander de manger des végétaux, et *vice versa*; s'il boit du vin, lui ordonner de boire de l'eau; et au contraire lui faire boire du vin dans le cas où il boirait de l'eau. Une fois les accès disparus, il faudra surveiller le malade, et dans le cas de métaptose fâcheuse, appliquer sans tarder des cautères, ou bien provoquer des hémorrhoïdes.

Comme hygiène, le migraineux doit avoir des habitudes excessivement régulières, ne pas trop rester au lit et dans l'inaction, avoir des repas réglés, ne jamais faire d'excès, et surtout s'entretenir le corps libre.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Physique. — Appareils de chauffage; chauffage des hôpitaux.

Chimie. — Des métaux en général; leur extraction, leur purification.

Pharmacologie. — Des alcoolats simples et composés; des alcools sucrés; comment les prépare-t-on?

Histoire naturelle. — Des caractères généraux des mollusques; leur classification; des escargots, des sèches, des huîtres, des moules; accidents produits par les mollusques alimentaires.

Anatomie. — Des arculations du thorax.

Physiologie. — De l'adaptation de l'œil aux distances.

Pathologie interne. — De la fièvre puerpérale.

Pathologie externe. — De l'indication de l'amputation dans les fractures par plaies d'armes à feu.

Pathologie générale. — De l'état des forces dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De la dégénérescence graisseuse.

Accouchements. — De l'albuminurie puerpérale.

Thérapeutique. — De l'hydrothérapie.

Médecine opératoire. — Des différentes méthodes des ligatures d'artères applicables au traitement des anévrysmes.

Médecine légale. — Déterminer qu'une arme a été récemment déchargée.

Hygiène. — De l'influence du froid et de l'humidité.

Vu, bon à imprimer.

TARDIEU, *Président.*

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.